

Nota Técnica

**OS IMPACTOS DO NOVO REGIME
FISCAL PARA O FINANCIAMENTO
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E
PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO
À SAÚDE NO BRASIL**

Fabiola Sulpino Vieira
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Nº 28

Brasília, setembro de 2016.



Governo Federal
Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Ministro interino Dyogo Henrique de Oliveira

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Juliano Cardoso Eleutério

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

João Alberto De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

Claudio Hamilton Matos dos Santos

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura

Fernanda De Negri

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretora de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Alice Pessoa de Abreu

Chefe de Gabinete, Substituto

Márcio Simão

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Regina Alvarez

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

OS IMPACTOS DO NOVO REGIME FISCAL PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Fabiola Sulpino Vieira¹

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides²

¹ Doutora em saúde coletiva. Mestre profissional em economia da saúde. Farmacêutica. Membro da carreira federal de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Coordenadora de Estudos e Pesquisas de Saúde na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. E-mail: fabiola.vieira@ipea.gov.br.

² Mestre em saúde coletiva. Economista. Membro da carreira federal de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Coordenação de Estudos e Pesquisas de Saúde da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. E-mail: rodrigo.benevides@ipea.gov.br.

SINOPSE

Esta Nota Técnica tem por objetivo analisar algumas implicações para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a garantia do direito à saúde caso o Novo Regime Fiscal, apresentado por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016 (PEC 241), seja aprovado pelo Congresso Nacional. Explica-se qual é a proposição e discutem-se os impactos do congelamento do piso do gasto federal com saúde para o financiamento do sistema, quais sejam: a) desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público *per capita* com saúde; d) desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Por fim, são elencadas particularidades do financiamento público da saúde que não foram consideradas na Proposta de Emenda Constitucional, com o objetivo de contribuir para o debate.

Palavras-chave

Novo Regime Fiscal. Sistema Único de Saúde. Financiamento da saúde. Direito à saúde.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo desta Nota Técnica é analisar algumas implicações para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a garantia do direito à saúde caso o Novo Regime Fiscal, apresentado por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016 (PEC 241), seja aprovado pelo Congresso Nacional.

O financiamento do SUS tem sido tema recorrente em debates nos meios acadêmicos, nos movimentos sociais e nas instâncias gestoras do sistema, desde a Constituição Federal – CF (Brasil, 1988), por ser considerado insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, levando em conta os princípios de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços inscritos nesta Constituição.

No debate setorial, já se estabeleceu consenso de que os principais problemas do SUS são de duas ordens, financiamento e gestão. Diversas iniciativas já foram implementadas com o objetivo de racionalizar o uso dos recursos e melhorar o desempenho do sistema, enquanto outras têm sido planejadas para esta mesma finalidade. Contudo, mesmo que se melhore a eficiência do SUS, objetivo sempre desejável, existe, do ponto de vista assistencial, *deficit* na oferta de serviços em diversas regiões do país, refletido nas intermináveis "filas de espera", sobretudo no tocante ao atendimento especializado e à realização de exames de diagnóstico e terapia. Melhorar a gestão, sempre recomendável, pressupõe investimento na capacitação de recursos humanos, na modernização de processos de trabalho, em sistemas informacionais e na infraestrutura tecnológica, e para isso é preciso dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis, e de decisão política como requisito indispensável.

Nesse debate, insere-se a PEC 241, que propõe um “Novo Regime Fiscal”, estabelecendo um teto para as despesas primárias baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos (Brasil, 2016a). Para as despesas com saúde, que na Constituição Federal de 1988 receberam tratamento diferenciado, a fim de que fossem protegidas e não ficassem sujeitas às discricionariedades dos diferentes governos, está prevista

a alteração das regras estabelecidas em 2015 por meio da Emenda Constitucional nº 86 - EC 86 (Brasil, 2015a), que modificou a forma de vinculação de recursos da Emenda Constitucional nº 29 - EC 29 (Brasil, 2000), que vigorou por 15 anos e garantiu a estabilidade do financiamento do SUS.

Em especial, o Novo Regime Fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica. Portanto, a eventual aprovação e consequente implementação da PEC 241 não seriam processos isolados, provavelmente se ramificando em outras medidas igualmente estruturantes que afetariam compromissos já assumidos quanto à abrangência, princípios, cobertura e qualidade das políticas sociais.

O debate sobre a PEC 241 precisa ser amplo e transparente, à altura da sua complexidade e dos seus impactos sobre as políticas públicas, sobre a economia e sobre a população. Como contribuições iniciais à discussão, destacam-se os documentos produzidos pelas Assessorias Legislativas da Câmara dos Deputados (Brasil, 2016b; Medlovitz, 2016) e do Senado (Freitas e Mendes, 2016), os documentos apresentados por instituições e movimentos sociais (Conasems e Conass, 2016; Conasems, Undime e Congemas, 2016), bem como alguns artigos de acadêmicos (Cysne, 2016; Comparato et al, 2016).

Esta Nota, acompanhada por outras duas,^{3,4} visa apresentar uma contribuição inicial da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc). O ponto de partida deste debate tão importante, mas que apenas está começando, é o contexto atual e a preocupação com o fortalecimento das políticas nacionais de proteção social e de promoção da equidade.

Nas seções que seguem após esta introdução, explica-se a vinculação de recursos para o financiamento do SUS e esclarece-se a proposição contida na PEC 241. Discutem-se os impactos do congelamento do gasto federal com saúde, apresentando as estimativas de perda de recursos, caso venha a ser aprovada, tratando-se também de questões que deixam de ser ponderadas com esta Proposta. Por fim, algumas considerações finais são apresentadas como reflexões, na expectativa de que esta Nota Técnica possa contribuir para o debate sobre a proposta de Novo Regime Fiscal.

2. A VINCULAÇÃO DE RECURSOS PARA FINANCIAMENTO DO SUS

A vinculação de recursos para a saúde foi tema de constante debate nos anos 1990, em virtude das diversas crises financeiras enfrentadas pelo sistema para manutenção dos serviços de saúde, o que obrigou, em alguns anos, o Ministério da Saúde a contrair empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para pagar os atendimentos realizados por prestadores públicos e privados (Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

Essa situação fez com que o tema do financiamento do SUS entrasse para a agenda decisória, levando à aprovação da EC 29. Com ela, o art. 198 da CF passou a tratar da base de cálculo para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), e o art. 77 dos

³ PAIVA, A.B.; MESQUITA, A.C.S.; PASSOS, L. O Novo Regime Fiscal e suas implicações para a política de Assistência Social no Brasil. Nota Técnica Disoc. Ipea: Brasília, 2016.

⁴ RIBEIRO, J.A.C.; GONZALEZ, R.H.S. (org.). PEC 241, primeiras análises: possíveis implicações para o financiamento das políticas de Saúde, Educação, Previdência e Assistência Social. Nota Técnica Disoc. Ipea: Brasília, 2016.

Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabeleceu os percentuais mínimos para aplicação em ASPS pela União, estados, Distrito Federal e municípios.

Para a União, ficou definida a seguinte regra de aplicação: valor mínimo, em 2000, não inferior ao montante empenhado em 1999, corrigido em 5%, e para os anos subsequentes, até 2004, o valor empenhado no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), regra que perdurou e foi mantida pela Lei Complementar nº 141, de 2012 (Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

Ficou também estabelecido que os estados deveriam destinar à saúde pelo menos 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios. Já os municípios deveriam aplicar em ASPS pelo menos 15% da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto de Transmissão Intervivos (ITBI), do Imposto sobre Serviços (ISS) e das transferências constitucionais feitas pela União e estados aos municípios. Para o Distrito Federal, a aplicação obrigatória ficou definida como de 12% ou 15% do valor arrecadado, dependendo da competência do imposto, se estadual ou municipal. Estas são as regras vigentes de aplicação de recursos pelos estados, Distrito Federal e municípios, que foram mantidas quando da aprovação da Lei Complementar 141.

Contudo, em 2015, houve mudança do método de cálculo do mínimo com ASPS da União, por meio da EC 86, vinculando-se a aplicação mínima a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, como segue: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020. Esta é a regra de aplicação mínima de recursos em ASPS que o governo federal deve observar atualmente.

3. O QUE PROPÕE A PEC 241?

A PEC 241 estabelece teto para as despesas primárias de cada poder, que terá sua base fixada no valor das despesas pagas no exercício de 2016. Em cada exercício seguinte, este teto será corrigido pela inflação (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) do respectivo ano anterior, ao longo de vinte anos. Assim, em termos reais, a despesa primária não crescerá, sendo congelada no valor real de 2016 (base fixa), havendo a possibilidade de alteração do mecanismo de correção dos limites para vigorar a partir do décimo exercício de vigência da PEC, por meio de Projeto de Lei por iniciativa do Presidente da República.⁵

No que se refere aos pisos definidos na CF para a saúde e a educação, a PEC (artigo 104) propõe alteração do ADCT para que, a partir de 2017, a aplicação mínima seja calculada pela correção do limite mínimo do ano anterior, reajustado pelo IPCA do exercício anterior.

A PEC 241 revoga o escalonamento previsto na EC 86 (art. 2º), mantendo o dispositivo desta Emenda Constitucional que estabelece que, no caso da União, a aplicação mínima não poderá ser inferior a 15,0% da RCL do respectivo exercício financeiro. Com isso, duas interpretações são possíveis no caso de aprovação este ano do texto da PEC enviado ao Congresso pelo Executivo: a) congelamento do valor equivalente a 13,2% da RCL de 2016 (art. 104 que a PEC propõe incluir no ADCT); ou b) congelamento do valor equivalente a 15,0% da

⁵ PEC 241/2016, artigo 1º: ADCT, artigo 102º, parágrafo 7º.

RCL de 2016 (pela revogação do art. 2º da EC 86 e preservação do inciso I do §2º do art. 198 da CF).

A PEC 241 propõe a desvinculação das despesas com saúde e educação na CF com relação às receitas, e seu congelamento no valor real de 2016. Em resumo, a regra proposta no artigo 104 é de:

- Aplicação mínima da União em ASPS em 2017 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016;
- Aplicação mínima da União em ASPS em 2018 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016 e 2017;
- Aplicação mínima da União em ASPS em 2019 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016, 2017 e 2018, e assim por diante.

Como a PEC 241 ainda não foi votada, o Ministério da Saúde (MS) encaminhou ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP) a proposta para 2017 de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de R\$ 104,5 bilhões, equivalentes a 14,3% de uma RCL estimada em R\$ 732 bilhões, para elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual 2017 (PLOA 2017). A aplicação mínima de 2017, baseada em 13,7% da RCL de R\$ 732 bilhões, seria de R\$ 100,3 bilhões, conforme estabelecido na EC 86. Aparentemente, considerou-se nesta proposta a inclusão de um parágrafo no art. 36 do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO 2017), na Câmara dos Deputados, com o objetivo de fixar como diretriz a garantia de empenho mínimo de percentual equivalente ao montante aplicado em 2016, corrigido pela variação acumulada do IPCA de janeiro a dezembro de 2016⁶, uma vez que o PLDO encaminhado pelo Poder Executivo antecipou os dispositivos da PEC 241 que ainda está em tramitação no Congresso Nacional.⁷ Caso fosse mantido o percentual de 13,2% da RCL de 2016 para aplicação em 2017, com a queda da arrecadação, os recursos do governo federal seriam reduzidos a ponto de comprometer fortemente o financiamento dos serviços existentes e os compromissos interfederativos do Ministério da Saúde.

Como já dito, existem divergências na interpretação do texto da PEC 241 e incertezas sobre o tempo para sua aprovação, o que pode alterar o entendimento sobre a aplicação mínima em ASPS referida no artigo 104. De todo modo, o que se propõe na PEC é o congelamento da aplicação de recursos em ASPS a partir de 2017 no patamar da aplicação mínima de 2016, de 13,2% ou 15,0% da RCL de 2016, com correção monetária pela inflação a cada ano. Com base nesta proposição, foram construídos os cenários que serão apresentados na próxima seção (tabela 1) e os gráficos de 1 a 4, que trabalham com a hipótese de 13,2% da RCL como base de aplicação da regra da PEC 241⁸.

⁶ Apresentação feita por Arinaldo Bonfim Rosendo, Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, em audiência pública na Câmara dos Deputados em 29/08/2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/55a-legislatura/pec-241-2016-novo-regime-fiscal/documentos/audiencias-publicas/ArinaldoPEC241COMISSOCDOramentoincluido.pdf>. Acesso em: 2 set. 2016.

⁷ Informação do Conselho Nacional de Saúde e disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/08ago02_PLDO_2017_analise_saude.pdf. Acesso em: 2 set. 2016.

⁸ A interpretação da PEC 241 foi fruto de amplo debate entre membros do Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS (GTIF-SUS). Essas discussões foram fundamentais para a elaboração das estimativas de gasto com saúde apresentadas nesta nota técnica, estabelecendo-se que o cenário de aplicação mínima de 13,2% da RCL de 2016 deveria ser utilizado nas projeções.

4. QUAL O IMPACTO DO CONGELAMENTO DO GASTO FEDERAL COM SAÚDE PROPOSTO POR MEIO DA PEC 241 PARA O FINANCIAMENTO DO SUS?

4.1. *Desvinculação das despesas com ASPS da receita corrente líquida*

O problema do financiamento insuficiente do SUS tem sido exaustivamente abordado nos últimos anos, revelando que, mesmo com a vinculação de recursos introduzida pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, a questão não foi equacionada. Desde aquele ano, houve aumento do gasto com saúde em todas as esferas de governo, mas com maior esforço dos municípios e estados, particularmente dos primeiros (Piola et al, 2013). A partir de 2016, passou a vigorar a EC 86, que estabelece a vinculação da despesa federal com ASPS em relação à RCL, partindo de 13,2% em 2016 até alcançar 15,0% em 2020, conforme já explicado na seção anterior.

Além de desvincular a despesa federal com saúde de percentuais progressivos da RCL, a PEC 241 propõe o congelamento do financiamento federal do SUS, a valores de 2016, para os próximos 20 anos. Esta medida tem como base um ano em que o piso da saúde, devido à queda da RCL, ficou muito abaixo do valor empenhado no ano anterior. Soma-se ao problema da base deprimida o fato de o congelamento não levar em conta as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país.

O argumento que vem sendo utilizado para justificar a desvinculação das despesas com saúde é o de que o Congresso Nacional, a cada ano, poderia destinar recursos adicionais acima da aplicação mínima, o que parece pouco provável. Em primeiro lugar, porque ao instituir um teto de gasto para as despesas primárias, congelando as despesas com saúde e educação, e com o já esperado aumento das despesas com benefícios previdenciários (Brasil, 2016c),⁹ o espaço para a ampliação do orçamento da saúde ficaria mais reduzido, pois isso implicaria o comprometimento das demais despesas, inclusive das despesas com outras políticas sociais. Segundo, porque a história do financiamento público de saúde no Brasil revela que a sua estabilização somente ocorreu com a vinculação das despesas, estabelecida pela EC 29.

No período pós-Constituição de 1988, a regra transitória de aplicação de recursos em saúde pela União era de 30% do Orçamento da Seguridade Social, percentual que nunca foi respeitado. O SUS experimentou na década seguinte graves crises de financiamento, sem que fosse adotada uma solução definitiva para o problema, seja pelo Poder Executivo ou Legislativo (Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, 2013). A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), por exemplo, não garantiu mais recursos para a saúde, devido à substituição das fontes de financiamento do MS.¹⁰ No período pós EC 29, a vinculação das despesas ao crescimento do PIB garantiu certa estabilização ao financiamento federal do SUS, mas com as despesas limitadas ao piso constitucional (Piola et al, 2013) e com elevada inscrição de despesas como restos a pagar. É importante sublinhar que, ao deduzir os

⁹ A mudança do perfil demográfico da população brasileira, com maior participação das faixas etárias mais altas, aumentará as despesas previdenciárias. O crescimento vegetativo médio anual estimado dos benefícios previdenciários é de 3,17% ao ano entre 2017 e 2020. Mesmo que aprovada uma reforma da previdência, seus impactos dificilmente serão observados no curto ou médio prazos, o que significa que as despesas com benefícios previdenciários crescerão nos próximos anos.

¹⁰ Ao invés de a CPMF ser utilizada em adição às demais fontes que financiam a saúde (contribuições sociais que constituem o Orçamento da Seguridade Social), uma vez que foi criada com a promessa de resolver a situação de financiamento do setor, até sua extinção em 2007, não aumentou os recursos financeiros para as ações e serviços públicos de saúde. Conforme os recursos da nova contribuição entravam no caixa do Tesouro Nacional, havia redução da participação de outras contribuições sociais, ou seja, houve substituição de fontes no financiamento federal do SUS (Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

restos a pagar cancelados ao longo dos anos dos respectivos pisos anuais, é possível verificar que o mínimo constitucional não foi efetivamente aplicado na maioria dos anos do período de 2002 a 2013 (Vieira e Piola, 2016).

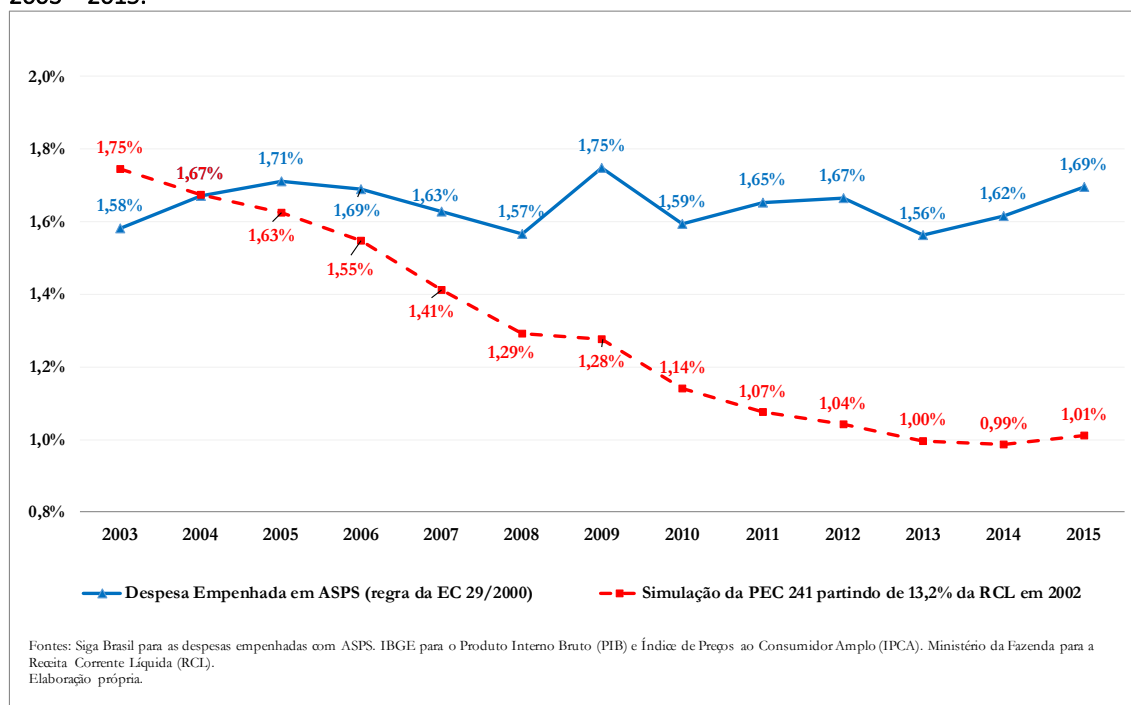
4.2. Perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86

A regra vigente de aplicação de recursos em ASPS pelo governo federal estabelece que em 2016 a aplicação mínima deve ser de 13,2% da RCL, chegando até 15,0% da RCL em 2020. Supondo que esta regra estivesse valendo a partir de 2003, sendo aplicado o valor equivalente a 13,2% da RCL de 2002 para calcular o mínimo daquele ano, a perda entre 2003 e 2015 teria sido de **R\$ 257 bilhões** em comparação com a aplicação realizada no período, cuja regra era dada pela EC 29.

A participação da despesa com ASPS da União no PIB teria caído de 1,75% em 2003 para 1,01% em 2015 (gráfico 1). **No período de 13 anos, a perda teria sido de 42,1%.** Seria praticamente impossível aos estados e municípios a realização de esforço adicional para suprir a perda desses R\$ 257 bilhões. A consequência disso teria sido uma importante redução dos recursos alocados no financiamento do SUS.

GRÁFICO 1

Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.



Enquanto a regra da EC 29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do PIB, a regra proposta na PEC 241 incorpora apenas a correção pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde e reduzindo a participação do gasto com saúde no PIB.

Para analisar o impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com saúde, foram projetados os valores dos limites mínimos de aplicação em ASPS com quatro cenários para o comportamento do PIB entre 2018 e 2036: taxas de crescimento real de i) 0,0%; ii) 1,0%; iii) 2,0%; e iv) taxas constantes do anexo IV.6 do PLDO 2017, referente às projeções atuariais do

Regime Geral da Previdência Social (RGPS)¹¹. Para 2017, assumiu-se crescimento do PIB de 1,1%. Esses quatro cenários foram comparados com o cenário-base, que reproduz a regra da EC 86, de vinculação de 13,2% da RCL em 2016.

As hipóteses adotadas para esses cenários foram as seguintes:

- RCL de 2016 estimada em R\$ 688,8 bilhões, com base na queda da receita líquida de 9,3% em relação ao total estimado na PLOA 2016 (R\$ 759,4 bilhões)¹²;
- RCL de 2017 a 2036 estimada com base no mesmo crescimento do PIB nominal, mantendo a RCL como 11,02% do PIB¹³ entre 2017 e 2036;
- Estimativa do IPCA: 7,21% em 2016 e 5,29% em 2017, conforme Relatório Focus/Bacen de 22/07/2016 e 4,5% para o período 2018-2036 (utilizada também como *proxy* do deflator implícito do PIB);
- PIB nominal de 2016 de R\$ 6.247,9 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias - 3º bimestre de 2016; e
- PIB nominal a partir de 2017 calculado com base nas estimativas de crescimento real do PIB e do IPCA, utilizado como *proxy* do deflator implícito do PIB.

O gráfico 2 apresenta o resultado das projeções sobre a participação dos limites mínimos de ASPS no PIB. A projeção já parte de um valor inferior ao patamar atual devido à queda no primeiro ano de vigência da PEC. Enquanto durante a vigência da EC 29 o financiamento federal do SUS se situou na faixa entre 1,6% e 1,7% do PIB, com previsão para 2016 de 1,71% do PIB, em 2017 o limite mínimo para aplicação em ASPS cai para 1,47% do PIB, caso a PEC seja aprovada, e ficaria em 1,51% do PIB com a manutenção da regra da EC 86.

Nos vinte anos de vigência da PEC, o comportamento do limite mínimo em ASPS em proporção do PIB dependeria das taxas de crescimento real do PIB. No caso de manutenção das regras da EC 86, ficaria estável em 1,65% do PIB. Com a PEC 241, ficaria estável em 1,48% do PIB no cenário que considera crescimento real do PIB de 0,0% durante os vinte anos. Como efeito do congelamento, quanto maiores as taxas de crescimento do PIB, maior seria a queda da relação ASPS/PIB, chegando em 2036 a 1,22% do PIB com taxa de crescimento real constante de 1,0% ao ano; 1,01% do PIB com taxa de 2,0%; e 0,84% do PIB no cenário das projeções atuariais do RGPS (média de 3,0% ao ano).

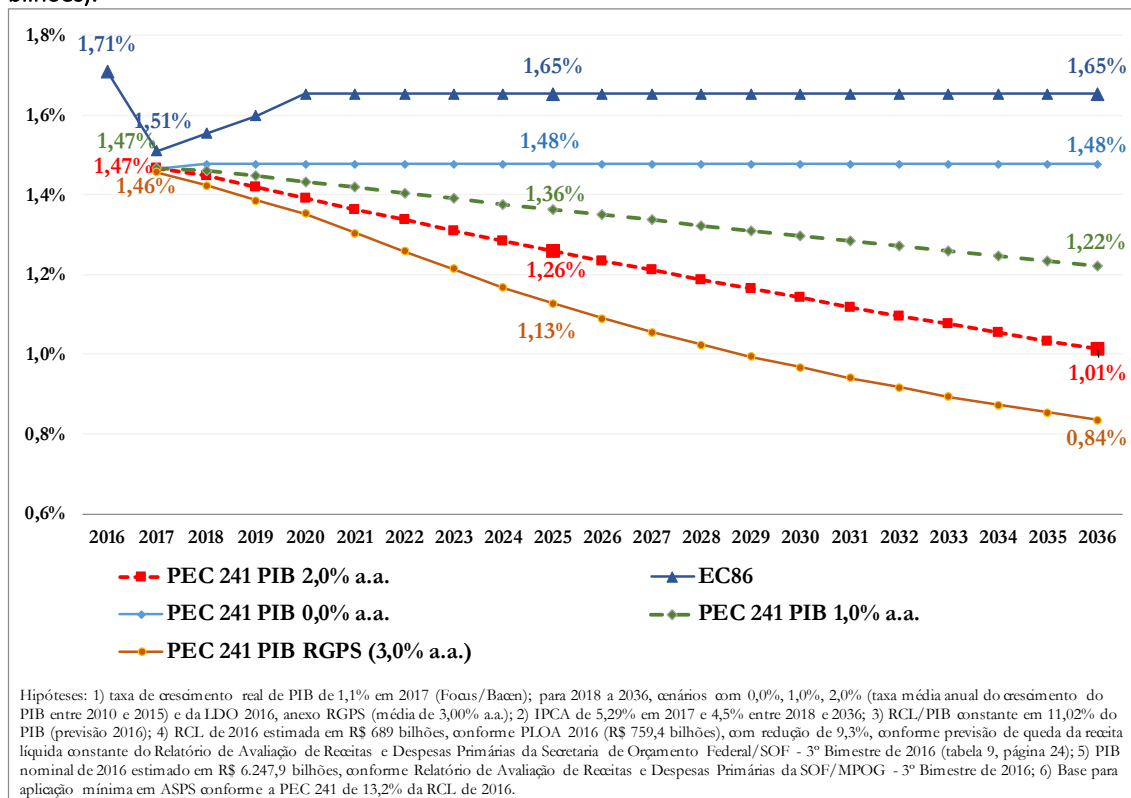
¹¹ Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamentos-anuais/2017/anexo-iv-6-projecoes-atuariais-do-rgps.pdf/view>.

¹² Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG - 3º Bimestre de 2016 (tabela 9, página 24).

¹³ Estimativa de participação da RCL no PIB de 2016. Em 2015 foi de 11,42% e, em 2014, de 11,28%.

GRÁFICO 2

Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em % do PIB (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



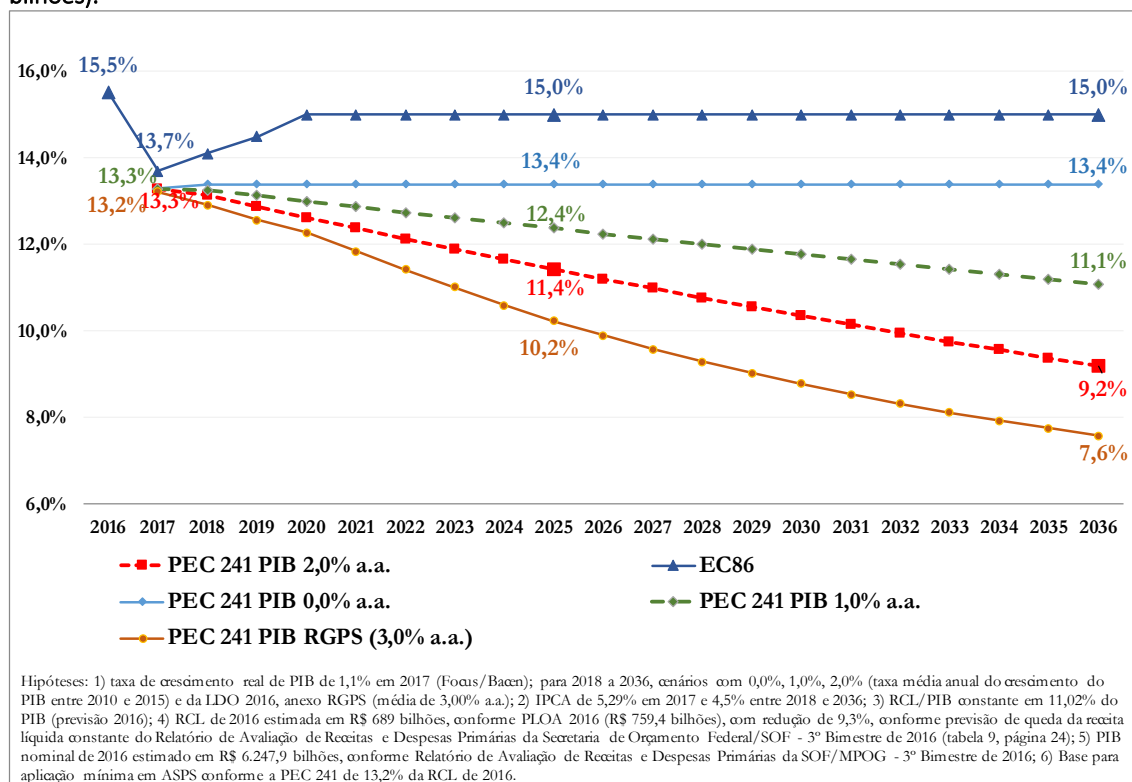
Em 2015, sob a vigência da regra da EC 29, o montante de recursos aplicados pelo governo federal em ASPS correspondeu a 14,8% da RCL daquele ano (R\$ 100 bilhões). Para 2016, o orçamento federal previsto alcançaria o percentual de 15,5% da RCL, ainda que a aplicação mínima pela EC 86 seja de 13,2% da RCL, dado que a RCL está se realizando em patamar inferior ao previsto quando da elaboração da proposta orçamentária.¹⁴

Considerando o cenário base de manutenção das regras da EC 86, a participação do limite mínimo em ASPS na RCL cairia para 13,7% em 2017 e aumentaria de forma escalonada para 15,0% da RCL em 2020. Com a PEC 241, ficaria estável em 13,4% da RCL até 2036 em caso de taxa de crescimento real do PIB de 0,0% durante todo o período. Nas hipóteses de crescimento econômico positivo, a proporção ASPS/RCL cairia em 2036 para 11,1% da RCL com taxa de crescimento real do PIB de 1,0% ao ano; 9,2% da RCL com aumento real do PIB de 2,0% ao ano; e 7,6% da RCL com o cenário das projeções atuariais do RGPS (gráfico 3).

¹⁴ Quando a LOA 2016 foi elaborada, a estimativa para a RCL de 2016 era de R\$ 809,7 bilhões, de forma que a aplicação de 13,2% em saúde corresponderia a R\$ 106,9 bilhões. Assim, há previsão no orçamento de 2016 da aplicação de R\$ 106,9 bilhões em ASPS. Esse montante dividido pela estimativa atualizada de RCL, no valor de R\$ 688,8 bilhões, corresponde a 15,5%. É muito provável que as despesas não sejam executadas em sua totalidade conforme a previsão orçamentária. Considerando o piso da União de 13,2% desta RCL atualizada para 2016, a aplicação federal mínima está estimada em R\$ 91 bilhões. Para mais informações, sugere-se acessar a apresentação citada na nota de rodapé nº 6.

GRÁFICO 3

Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com Saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em % da RCL (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



A tabela 1 apresenta dois conjuntos de cenários, partindo-se das bases de aplicação mínima em 2016 de 13,2% e de 15,0% da RCL, e considerando as quatro hipóteses de taxas de crescimento real do PIB utilizadas nos gráficos 2 e 3. São apresentados os valores dos limites mínimos em 2036: i) em R\$ bilhões de 2016; ii) em % do PIB; iii) em % da RCL e iv) o valor *per capita*. É apresentada também a perda acumulada para o financiamento do SUS no período 2017 a 2036 em R\$ de 2016.

No cenário com taxa de crescimento real do PIB de 2,0% ao ano, a perda acumulada no período seria de R\$ 654 bilhões, partindo-se de um limite inicial de 13,2% da RCL em 2016, e de R\$ 400 bilhões com limite inicial de 15,0% da RCL.

Nota-se que, quanto melhor for o desempenho da economia, maior será a perda para a saúde em relação à regra de vinculação vigente. No cenário utilizado para projeções atuariais do RGPS, constante de anexo da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a perda acumulada poderia chegar a R\$ 1 trilhão no período de 20 anos, partindo-se do limite mínimo de 13,2% da RCL de 2016, e a R\$ 743 bilhões partindo-se do limite de 15,0% da RCL de 2016. O único cenário sem perda em relação ao orçamento de 2016 é o de crescimento econômico zero, onde haveria perdas somente na comparação do valor *per capita*.

TABELA 1

Estimativa de impacto da PEC 241 para o financiamento federal do SUS - cenários para o período de 2017 a 2036.

Limite inicial 2016 conforme PEC 241	Taxa de crescimento anual do PIB	Perda Acumulada 2017-2036 em relação à regra da EC 86 (R\$ bilhões de 2016)	Valor do Gasto Federal com Saúde			
			R\$ bilhões de 2016	% do PIB	% da RCL	Valor per capita em R\$ de 2016
13,2%	0,0 % ao ano	-205	93,3	1,48	13,4	411
	1,0 % ao ano	-416	93,3	1,22	11,1	411
	2,0% ao ano	-654	93,3	1,01	9,2	411
	LDO 2017 (*)	-999	94,2	0,84	7,6	415
15,0%	0,0 % ao ano	49	106,0	1,68	15,2	467
	1,0 % ao ano	-162	106,0	1,39	12,6	467
	2,0% ao ano	-400	106,0	1,15	10,4	467
	LDO 2017 (*)	-743	107,0	0,95	8,6	472
Orçamento 2016**			106,9	1,71	15,5	519

* LDO 2017 - anexo RGPS. Taxa de crescimento real do PIB das projeções atuariais para o RGPS (LDO 2017 - PL 02/2016). A média no período 2017-2036 é de 3,00% ao ano. IPCA de 6,0% em 2017, 5,4% em 2018, 5,0% em 2019 e 3,5% a partir de 2020.

** Valor para empenho previsto na LOA 2016. Foi calculado com base em uma RCL mais alta. O valor final da RCL pode ficar muito mais baixo, resultando em aplicação mínima inferior àquela prevista na LOA.

Hipóteses: 1) taxa de crescimento real de PIB de 1,1% em 2017 (Focus/Bacen); 2) IPCA de 5,29% em 2017 e 4,5% entre 2018 e 2036; 3) RCL/PIB constante em 11,02% do PIB (estimativa 2016); 4) RCL de 2016 estimada em R\$ 689 bilhões, conforme PLOA 2016 (R\$ 759,4 bilhões), com redução de 9,3%, conforme previsão de queda da receita líquida constante do Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da Secretaria de Orçamento Federal/SOF - 3º Bimestre/2016 (tabela 9, página 24); 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.247,9 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG - 3º Bimestre/2016; 6) Aplicação mínima em ASPS de 13,2% e 15% da RCL de 2016.

4.3. Redução do gasto público per capita com saúde

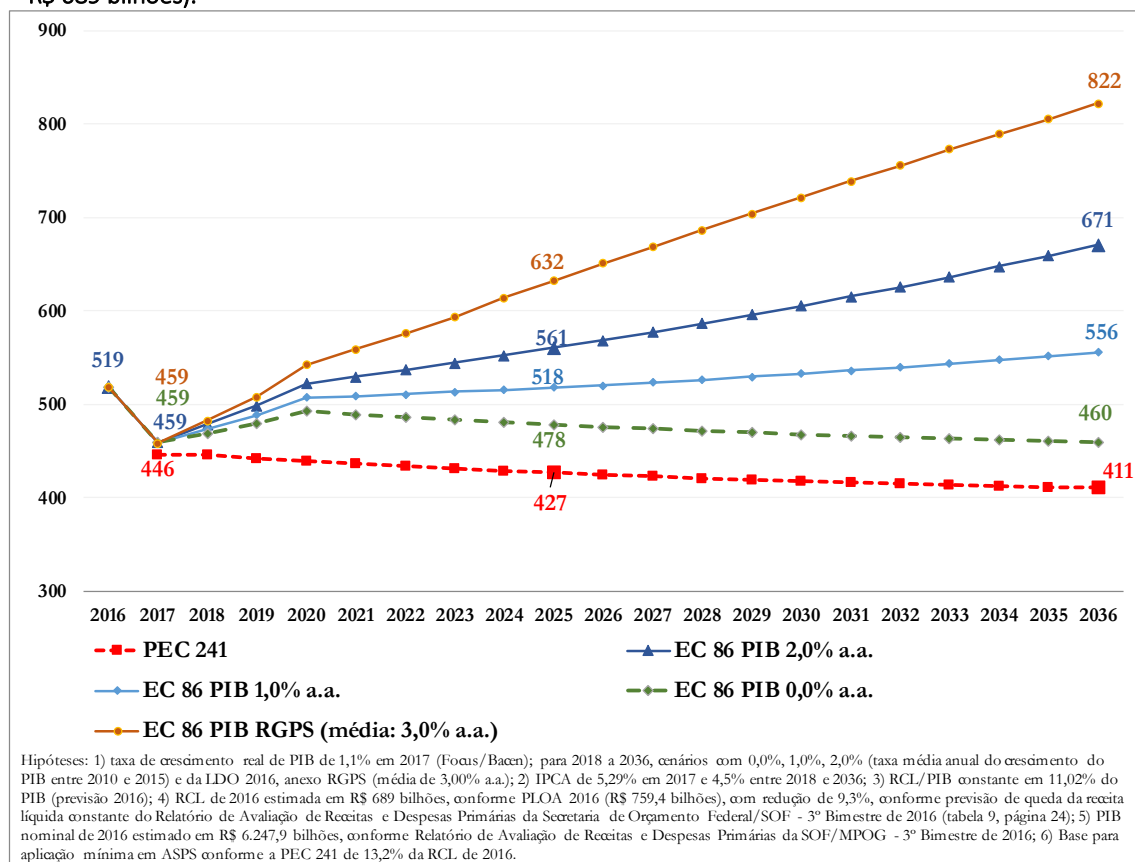
Em 2013, o IBGE publicou estudo de projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060, mostrando que a população brasileira atingirá o seu ápice em 2042, com 228,4 milhões de habitantes, e passará a partir de então a decrescer.¹⁵ Para 2060, a projeção é de 218,2 milhões. No horizonte da PEC, a população projetada para 2036 é de 226,9 milhões de habitantes, 10,1% superior à de 2016.

O orçamento deste ano prevê a aplicação de valor equivalente a R\$ 519 per capita – valor que se reduziria em 2017 para R\$ 459 (em R\$ de 2016) em caso de continuidade da regra da EC 86 (devido à queda da RCL), e para R\$ 446 com a aplicação da regra da PEC 241. O crescimento populacional no período 2017-2036 provocaria uma redução do gasto público federal com saúde *per capita* em caso de aprovação da PEC 241, chegando a R\$ 411 em 2036, em R\$ de 2016 (gráfico 4). Já com a manutenção da regra da EC 86, o valor *per capita* depende da taxa de crescimento do PIB e acompanhará o crescimento dessa taxa: com crescimento de 0,0%, o valor *per capita* chegaria em 2036 a R\$ 460; com 1,0% ao ano, a R\$ 556; com 2,0% ao ano, a R\$ 671, e, com as taxas da projeção atuarial do RGPS, a R\$ 822.

¹⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 20 jul. 2016.

GRÁFICO 4

Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com Saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em R\$ de 2016 *per capita* (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



Com a regra da PEC 241, o SUS teria menos recursos por pessoa para fazer frente às necessidades de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população brasileira.

4.4. Desobrigação de os governos alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico

Outra consequência da desvinculação proposta na PEC é a desobrigação de os governos alocarem mais recursos no SUS em contextos de crescimento econômico. O que as estimativas demonstram na tabela 1, mais acima, é que, com a retomada do crescimento do PIB, no cenário de 2% ao ano, por exemplo, o governo federal não estaria obrigado a alocar R\$ 654 bilhões no SUS. Esses recursos deixariam de ser utilizados para financiar bens e serviços de saúde e poderiam ser deslocados para outras finalidades como, por exemplo, o pagamento de despesas financeiras. Esta é uma questão muito relevante, dado que a situação dos serviços de saúde é uma das principais queixas da população nas pesquisas de opinião sobre a administração pública.¹⁶

4.5. Provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde

A redução do financiamento do SUS afetará mais intensamente os grupos sociais mais vulneráveis. Segundo Barata (2009), em todas as sociedades as situações de risco, os

¹⁶ REIS, T. Saúde é o principal problema citado em todas as capitais, aponta Ibope. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/eleicoes/2016/blog/eleicao-2016-em-numeros/post/saude-e-o-principal-problema-citado-em-todas-capitais-aponta-ibope.html>. Acesso em: 16 set. 2016.

comportamentos relacionados à saúde e a situação de saúde de cada indivíduo tendem a variar entre os grupos sociais. As desigualdades no estado de saúde estão muito associadas à organização social, tendendo a espelhar o grau de iniquidade em cada sociedade. Como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, pode-se esperar efeito negativo da redução do financiamento público sobre a população mais pobre, que tem menos recursos para requerer, ainda que judicialmente, o acesso a bens e serviços de saúde.

Pode-se esperar, ainda, maiores dificuldades de acesso, principalmente nos estados mais pobres, que mais dependem das transferências federais para financiamento da saúde. Também não se pode deixar de mencionar a provável repercussão sobre os programas preventivos. A pressão da demanda dificulta o corte de despesas nos serviços de urgência e emergência e pronto atendimento. Em uma situação de restrição orçamentária importante, é provável que as ações e serviços de prevenção e promoção à saúde sejam mais afetados, o que não é uma boa escolha em saúde pública. É muito mais barato promover e prevenir do que tratar pacientes crônicos, cujos agravos poderiam ter sido evitados.

Outro efeito esperado da redução da parcela federal do financiamento do SUS é o aumento da judicialização da saúde. Com o estrangulamento da oferta de bens e serviços no SUS, é muito provável que as pessoas tentem garantir o acesso por meio da justiça, o que contribuiria para um desequilíbrio ainda maior na distribuição da oferta de bens e serviços entre os grupos sociais, em desfavor da parcela mais vulnerável da população. Além disso, com a redução dos recursos, ficaria mais difícil ampliar a oferta de serviços em localidades desprovidas da infraestrutura adequada, na medida em que os recursos seriam destinados prioritariamente à manutenção dos serviços existentes. Assim, limitar-se-ia a possibilidade de redução das desigualdades na oferta de bens e serviços de saúde no SUS.

Aqui é importante recordar o que afirma a Organização Mundial da Saúde sobre a relação entre macroeconomia e saúde. Segundo esta instituição, a angústia da doença e da morte prematura faz com que o controle das doenças seja uma preocupação central de todas as sociedades, motivando a inclusão da saúde entre os direitos humanos fundamentais, consagrado em leis internacionais. Para os indivíduos e famílias, a saúde traz a capacidade para o desenvolvimento pessoal e a segurança econômica no futuro, sendo a base para a produtividade do trabalho, a capacidade de aprender na escola e de crescer intelectual, física e emocionalmente. Em termos econômicos, a saúde e a educação são os dois pilares do capital humano, sendo que a boa saúde da população é insumo fundamental para a redução da pobreza, o crescimento e o desenvolvimento econômico de longo prazo (World Health Organization, 2001).

4.6. *Dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil*

Se na atualidade o SUS enfrenta dificuldades para garantir acesso universal e integral¹⁷ aos serviços de saúde por insuficiência do financiamento, maiores estrangulamentos são esperados em um cenário de menor disponibilidade de recursos *per capita*, considerando as questões já apontadas, o que contribuiria para uma dificuldade ainda maior que a atual para a efetivação do direito à saúde no país.

¹⁷ Aqui é importante esclarecer que os termos universal e integral não se traduzem em “tudo para todos”. O direito à saúde no Brasil deve ser garantido por meio de políticas econômicas e sociais e a integralidade está relacionada aos cuidados nos três níveis de complexidade do SUS, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para mais informações, sugere-se a leitura do seguinte documento: MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS. Doutrina e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 5 set. 2016.

A solução proposta recentemente para diminuir a demanda no SUS, qual seja, de ofertar planos privados de saúde, baratos e de baixa cobertura assistencial, tampouco resolveria a questão do acesso integral a bens e serviços de saúde, uma vez que o SUS continuaria a ser demandado para serviços mais onerosos, ou seja, os de média e alta complexidade e o acesso a medicamentos, a exemplo do que já ocorre para a parcela da população que tem acesso a planos privados com cobertura regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na hipótese de os planos ofertarem menor cobertura assistencial, esperar-se-ia aumento da demanda no SUS para esses serviços e medicamentos.¹⁸ No âmbito do sistema de proteção social brasileiro, o SUS é reconhecido como um grande propulsor da inclusão social e um dos maiores sistemas de saúde do mundo (Pierantoni, 2008).

5. O QUE É IMPORTANTE ESCLARECER EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE E QUE É DESCONSIDERADO COM A PEC 241?

5.1. *Que o gasto federal com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) está estável em relação ao PIB*

O gasto federal com ASPS como participação do PIB está estável desde o início da vigência da EC 29, em 2000, variando de 1,66% em 2002 a 1,69% em 2015 (Ministério da Saúde, 2016).¹⁹ Esta estabilidade foi consequência da regra de vinculação de recursos para a saúde da EC 29, e da não aplicação de recursos pela União além do mínimo obrigatório (Piola et al, 2013). Dessa forma, o gasto público federal com saúde não ampliou sua participação no PIB.

5.2. *Que a participação das despesas com ASPS nas despesas primárias caiu entre 2002 e 2015*

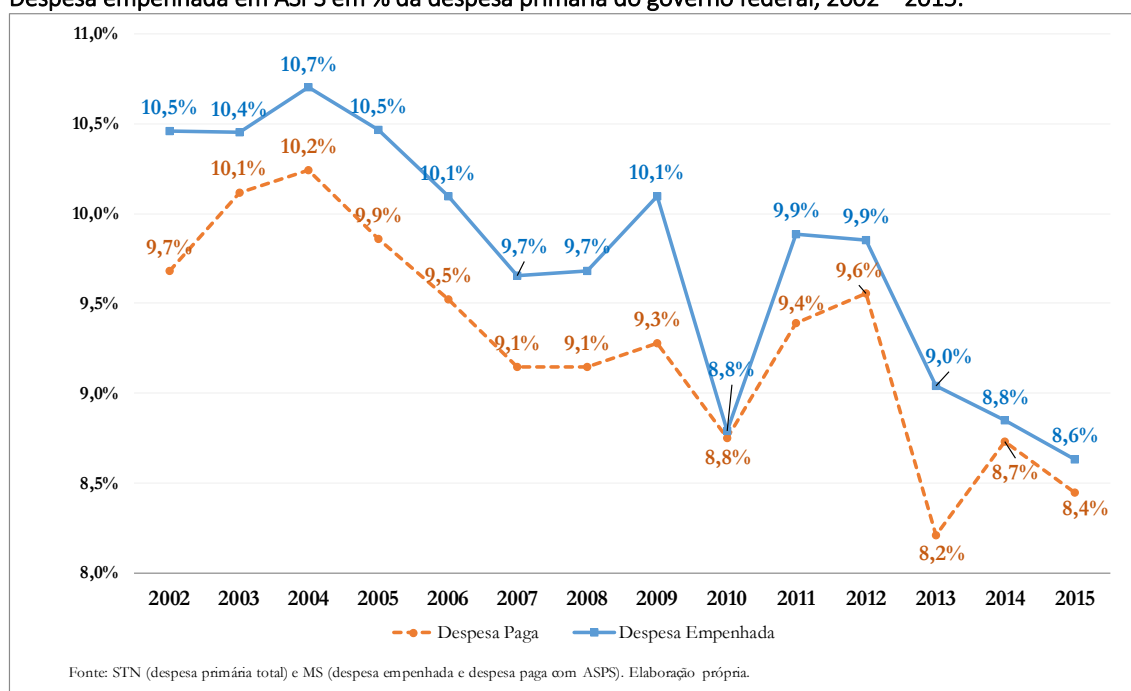
Desde 2002 não houve aumento da participação das despesas com ASPS nas despesas primárias da União: pelo contrário, observou-se queda da participação. A exposição de motivos nº 83/2016, referente à PEC 241, aponta (parágrafo 4) que “A raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento acelerado da despesa pública primária”. A despesa com ASPS, no período em tela, reduziu sua participação na despesa primária do governo federal, de forma acentuada a partir de 2013. O gráfico 5 apresenta as despesas federais com ASPS em dois estágios – empenhada e paga – como proporção da despesa primária do governo federal, reforçando o argumento de que não foram os gastos com saúde que pressionaram a ampliação das despesas primárias.

¹⁸ ALBUQUERQUE, F. Plano de saúde mais barato aliviará gasto com financiamento do SUS, diz Barros. Agência Brasil, São Paulo, 8/8/2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/plano-de-saude-mais-barato-aliviara-gasto-com-financiamento-do-sus-diz-barros>. Acesso em: 2 set. 2016.

¹⁹ Ver o anexo desta Nota Técnica.

GRÁFICO 5

Despesa empenhada em ASPS em % da despesa primária do governo federal, 2002 – 2015.



5.3. Que o gasto público com saúde no Brasil é muito baixo

O gasto público *per capita* com saúde do Brasil é um dos mais baixos entre países que possuem sistema universal de saúde e mesmo quando comparado ao de países vizinhos nos quais o direito à saúde não é um dever do Estado. Para exemplificar, em 2013, este indicador para o país foi de R\$ 946 (Brasil, 2015b), equivalentes a US\$ 591²⁰. No mesmo ano, o gasto público *per capita* foi de US\$ 3.696 para a Alemanha, US\$ 2.766 para o Reino Unido, US\$ 3.360 para a França, US\$ 1.167 para a Argentina, US\$ 795 para o Chile e US\$ 4.307 para os Estados Unidos. Observa-se que o gasto público *per capita* do Brasil é de 4 a 7 vezes menor do que o de países que têm sistema universal de saúde, tais como o Reino Unido e a França, e mesmo inferior ao de países da América do Sul nos quais o direito à saúde não é universal (Argentina e Chile).²¹ O gasto público do Brasil como proporção do PIB foi de 3,6% no mesmo ano (Brasil, 2015b).

Aqui vale a pena destacar o gasto dos Estados Unidos, país de tradição essencialmente privada em relação à oferta de bens e serviços de saúde, mas com forte participação do Estado na saúde, a fim de garantir acesso a serviços de saúde para os pobres e idosos, em razão das falhas de mercado no setor.²² Mesmo com esta entrada focalizada, o gasto público *per capita* dos EUA é o maior do mundo, correspondendo a 8% do PIB, sendo o gasto total de 16,4% do PIB em 2013. De longe o mais alto entre todos os países desenvolvidos.

Em relação à composição do gasto com saúde nas três esferas de governo, a regra para a União de correção do valor da despesa empenhada com ASPS pela variação nominal do PIB manteve a proporção do gasto federal em relação ao PIB, conforme já mencionado. A

²⁰ Dólares internacionais (paridade do poder de compra). Em 2013, segundo a OCDE, US\$ 1 era equivalente a R\$ 1,6.

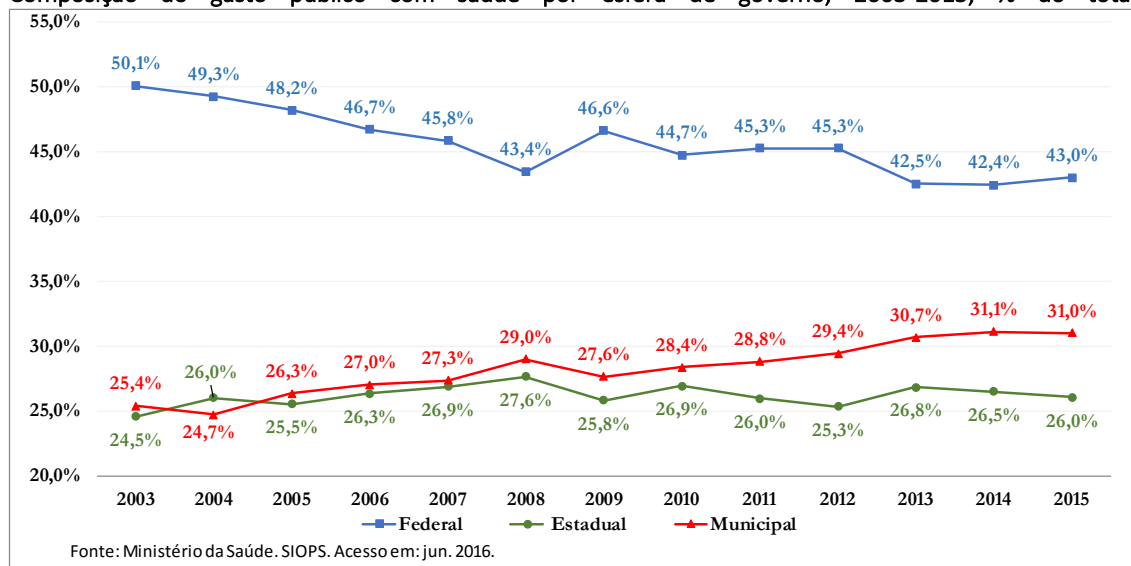
²¹ World Health Organization. Countries. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: out. 2015.

²² Para maior compreensão sobre as falhas de mercado no setor saúde, sugere-se a leitura do seguinte artigo: ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, Nashville, v. LIII, n. 5, p. 941-973, 1963.

obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais aumentou a participação de estados e principalmente dos municípios no gasto total com saúde. Já a União, que em 2003 representava 50,1% do gasto total com saúde, reduziu essa participação para 43% em 2015, pois não houve esforço de aplicar recursos para além do mínimo obrigatório (gráfico 6).

GRÁFICO 6

Composição do gasto público com saúde por esfera de governo, 2003-2015, % do total.



5.4. Que o congelamento parte de um patamar baixo, em decorrência da mudança de regra para a EC 86

Outra questão crucial é que o congelamento do gasto público com saúde em valores equivalentes ao limite mínimo de 2016 parte de um patamar muito baixo. Com a mudança da regra de aplicação de recursos pela União da EC 29 em 2015 para a EC 86 em 2016, e com a queda da arrecadação, a previsão é de perda importante de recursos.

Em 2015, o governo federal empenhou R\$ 100 bilhões com ASPS (regra da EC 29 – valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB), equivalentes a 14,8% da RCL daquele ano. O limite mínimo estimado para 2017, em caso de aprovação da PEC 241, de R\$ 97,5 bilhões, é inferior, em termos nominais, ao valor empenhado em 2015 e ao estimado para 2016, de R\$ 106,9 bilhões.

5.5. Que estados e municípios não terão como absorver a redução no financiamento federal

O congelamento do gasto federal com saúde provocará grandes dificuldades para o financiamento do SUS, pois estados e municípios não conseguirão absorver o impacto da perda de recursos. Em 2004, o percentual médio de aplicação de recursos com ASPS pelos municípios era de 18% das receitas próprias, passando para 23,3% em 2015. Para os estados, evoluiu de 11,9% para 13,5% nesse último ano.²³

Com a crise econômica afetando gravemente as finanças de estados e municípios, particularmente dos primeiros, e com o esforço já feito pelos municípios, pouco ou nenhum

²³ Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Indicadores. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em: 2 set. 2016.

espaço fiscal existe para que estes entes compensem os recursos que deixariam de ser alocados pela União.

5.6. *Que a população de idosos no Brasil dobrará em vinte anos e que a necessidade de financiamento dos serviços aumentará*

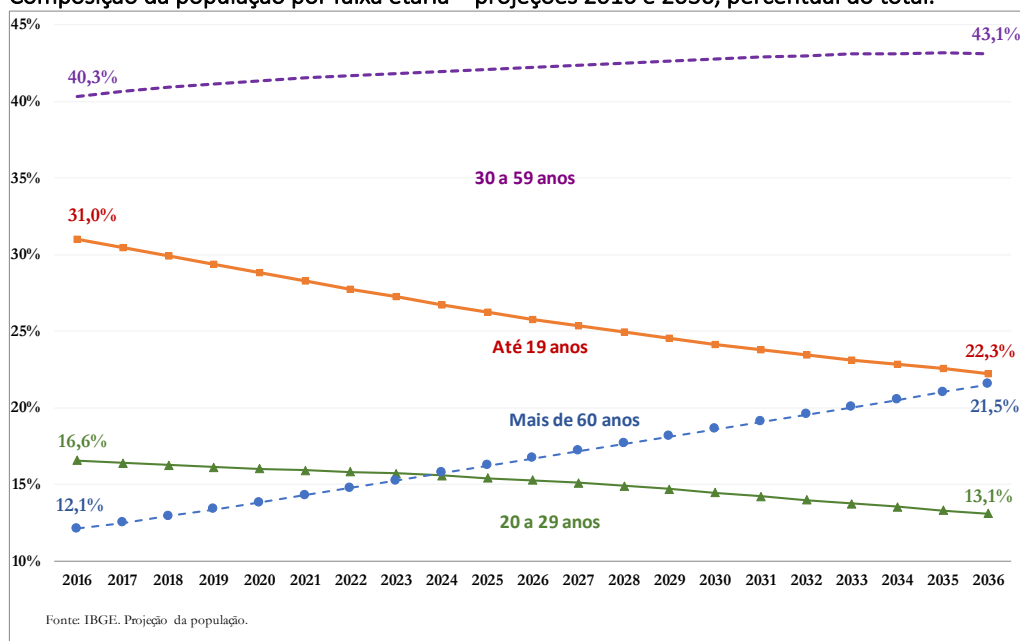
O Brasil passa por um rápido processo de mudança na estrutura demográfica, em decorrência do aumento da expectativa de vida e da queda da taxa de natalidade. As projeções do IBGE para a estrutura etária indicam que a população brasileira com 60 anos ou mais, que hoje representa cerca de 12,1% do total, em 2036 representará 21,5%. Em termos absolutos, em 2036, a população com 60 anos ou mais representará praticamente o dobro da atual (+96%), passando de 24,9 milhões para 48,9 milhões de habitantes, e a população com 80 anos ou mais aumentará em mais de 150%, passando de 3,5 milhões para 8,8 milhões, o que pressionará o gasto público com saúde (gráfico 7).

Essa mudança na estrutura demográfica colocará maior pressão sobre o SUS, que já lida com os resultados do processo de transição epidemiológica, ou seja, de maior protagonismo das doenças crônicas não transmissíveis entre as causas de adoecimento da população.

Um trabalho feito com o objetivo de estudar o uso de serviços de saúde pela população idosa brasileira, correspondente à população com 60 anos ou mais, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998), constatou que 20,3% dos idosos haviam procurado atendimento médico nas duas semanas anteriores à pesquisa, e que 44,3% se consultaram três ou mais vezes com médico no último ano, sendo que 9,3% e 4,3% dos idosos tiveram, respectivamente, uma ou duas ou mais internações hospitalares neste mesmo período. Como 50% da população estudada tinha renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo, as autoras calcularam que o gasto médio mensal com medicamentos comprometia aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira (Lima-Costa, Barreto e Giatti, 2003). Este último dado representa a importância que tem a disponibilidade de medicamentos, principalmente os de uso contínuo, para esse segmento da população brasileira.

GRÁFICO 7

Composição da população por faixa etária – projeções 2016 e 2036, percentual do total.

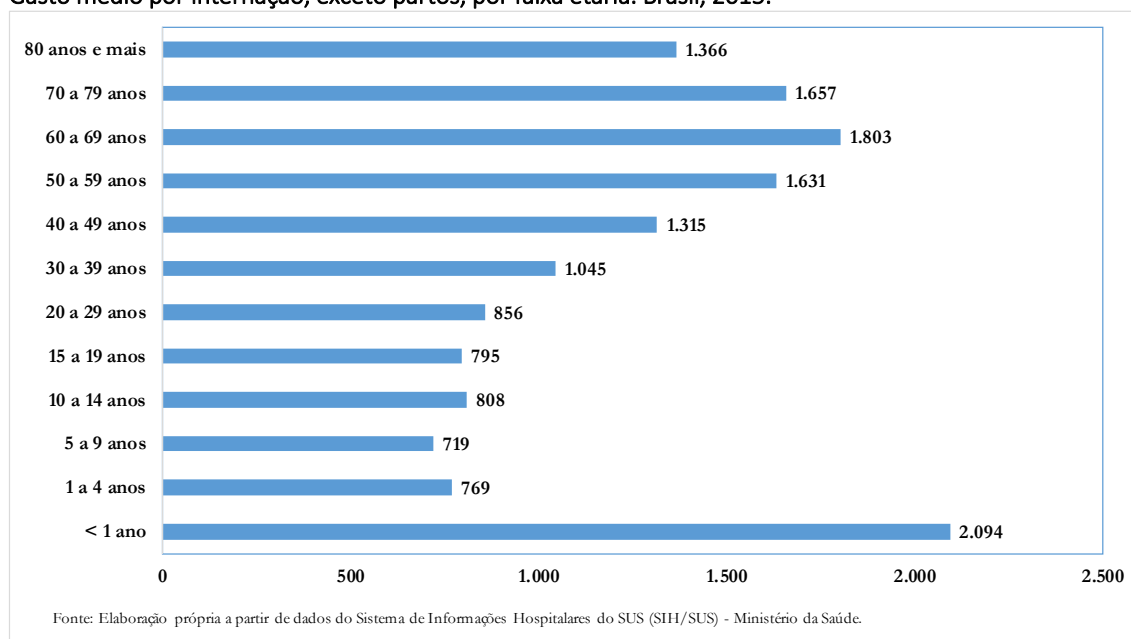


Mais pessoas idosas implicam maiores necessidades de acesso a serviços de saúde e a medicamentos em um contexto de rápida evolução na oferta de tecnologias e de aumento dos custos para tratamento e prevenção das doenças, mas com menor financiamento para fazer frente a este quadro, na hipótese de aprovação da PEC 241. O gráfico 8 apresenta o gasto médio por internação no SUS segundo a faixa etária, excetuando-se os partos. Observa-se que o gasto médio do atendimento para pessoas entre 60 e 69 anos de idade foi 73% maior que o gasto para a faixa etária de 30 a 39 anos em 2015.

Além disso, ainda é preciso investir em infraestrutura física e tecnológica no SUS. Dados de 2009 demonstram que apenas uma pequena parcela dos equipamentos existentes no país estava à época disponibilizada para os atendimentos pelo sistema público, responsável por atender mais de 70% da população. Isso ocorria desde os equipamentos mais simples, por métodos gráficos, como os eletroencefalógrafos e eletrocardiógrafos (55,6% disponíveis ao SUS), e assumia níveis preocupantes para equipamentos de tecnologia mais complexa, como ressonância magnética (30,1%), ultrassom *doppler* colorido (27,8%) ou tomógrafos (37,9%) (Sá et al, 2016).

GRÁFICO 8

Gasto médio por internação, exceto partos, por faixa etária. Brasil, 2015.



5.7. Que o gasto com saúde tem efeito multiplicador para o PIB

O complexo econômico do setor saúde constitui-se num espaço relevante de inovação e acumulação de capital, além de gerador de renda e emprego, sendo um importante fator para o desenvolvimento econômico (Gadelha, 2003). No Brasil, o valor adicionado bruto das atividades de saúde foi responsável por 6,5% do PIB em 2013. No mesmo ano, a atividade de saúde pública teve participação de 2,3% do PIB (Brasil, 2015b). Neste contexto, o gasto público com saúde se coloca como um importante propulsor do crescimento econômico.

O efeito multiplicador do gasto com saúde no país foi calculado em 1,7, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70 (Abrahão, Mostafa e Herculano, 2011). Segundo Stuckler e Basu (2013), em estudo que analisou dados de 25 países europeus, dos Estados Unidos e do Japão, a educação e a saúde têm os maiores multiplicadores fiscais, que são superiores a três.

5.8. *Que a redução do gasto per capita com saúde em um contexto de recessão econômica pode ter impacto muito negativo para a saúde da população e para a economia*

Evidências produzidas a partir da literatura científica demonstram que as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades, podendo piorar a situação de saúde da população. Além disso, as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde em particular, e as condições sociais de forma mais geral, sendo que a preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto (Stuckler e Basu, 2013; Vieira, 2016).

Essas evidências fizeram com que economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI) revissem suas prescrições aos países para o enfrentamento das crises econômicas, reconhecendo que algumas políticas de orientação neoliberal, que propõem a austeridade fiscal para enfrentar o problema do *deficit* público, aumentam a iniquidade social e colocam em risco a possibilidade de recuperação econômica. Na prática, os benefícios que tais medidas podem trazer ao reduzir a dívida pública, aumentar a confiança e o investimento privado parecem ter sido exagerados, havendo forte evidência de que a iniquidade pode baixar significativamente o nível e a durabilidade do crescimento econômico (Ostry, Loungani e Furceri, 2016).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto nesta Nota Técnica, fica claro que a PEC 241 impactará negativamente o financiamento e a garantia do direito à saúde no Brasil. Congelar o gasto em valores de 2016, por vinte anos, parte do pressuposto equivocado de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde, e que a melhoria dos serviços se resolveria a partir de ganhos de eficiência na aplicação dos recursos existentes. Ademais, o congelamento não garantirá sequer o mesmo grau de acesso e qualidade dos bens e serviços à população brasileira ao longo desse período, uma vez que a população aumentará e envelhecerá de forma acelerada. Assim, o número de idosos terá dobrado em vinte anos, o que ampliará a demanda e os custos do SUS.

Caso seja aprovada, a PEC 241 tampouco possibilitará a redução das desigualdades na oferta de bens e serviços de saúde no território nacional. Não só não haverá espaço no orçamento para tanto, como o teto das despesas primárias, em um contexto de aumento acelerado das despesas previdenciárias, levaria a um processo de disputa das diversas áreas do governo por recursos cada vez mais escassos. Como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e dos gastos com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país.

Não se desconhece o problema da queda da arrecadação e da crise econômica no país. O que se espera é que a solução para o *deficit* público seja pensada de acordo com as suas reais e diversas causas. A proposta de um ajuste fiscal focado exclusivamente nas despesas primárias, por vinte anos, afeta particularmente as políticas sociais e desconsidera o efeito de tal medida para o desenvolvimento econômico e social do país no médio e longo prazos.

É possível melhorar o desempenho da administração pública no Brasil e, por conseguinte, do SUS, mas é necessário haver decisão política para implementar medidas que promovam o uso eficiente dos recursos em toda a federação. Não parece crível que os recursos do SUS possam ser reduzidos na atual situação e que se possa ao mesmo tempo melhorar sua eficiência. É preciso investir em pessoas e tecnologias, além de melhorar a infraestrutura do sistema, algo difícil de fazer no curto prazo. Para tanto, é necessário alocar recursos.

Por fim, o que se espera é que a PEC 241 seja amplamente debatida e que seus efeitos sejam avaliados não apenas para a economia, mas acima de tudo para as pessoas, para os 206 milhões de cidadãos do país. Essa mudança constitucional reduzirá o grau de liberdade da política fiscal dos dois próximos mandatos presidenciais, e não deveria ser aprovada sem um amplo debate. Que visão de futuro se tem para o Brasil? Espera-se ter um país socialmente mais desenvolvido daqui a vinte anos? Então é preciso refletir sobre os impactos de uma decisão que ocasionaria o desfinanciamento de políticas que promovem a saúde e a inclusão social no país.

7. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. **Comunicados do Ipea 75**. Brasília, 2011.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 6 set. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, de 14 de setembro de 2000. Brasília, 2000.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, de 18 de março de 2015. Brasília, 2015a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, 2016a. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>>. Acesso em 18 jul. 2016.

_____. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. **Impactos do “novo regime fiscal”** - subsídios à análise da proposta de emenda à constituição - PEC nº 241/2016. Estudo Técnico nº 12/2016. Brasília, 2016b. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade->

legislativa/orcamentobrasil/estudos/2016/EstudoTcnicon122016versao21ago_publicado.pdf>.

Acesso em 8 set. 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Projeções financeiras e atuariais para o Regime Geral de Previdência Social – RGPS**. Metas Fiscais. Anexo IV.6 – PLDO 2017. Brasília, 2016c. Disponível em: < <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamentos-anuais/2017/anexo-iv-6-projecoes-atuariais-do-rgps.pdf>>. Acesso: 20 jul. 2016.

COMPARATO, F.K.; TORRES, H.T.; PINTO, E.G.; SARLET, I.W. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis**. *Consultor Jurídico*, 27 de julho de 2016. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>>. Acesso em: 8 set. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Nota sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/images/NOTA_SOBRE_A_PROPOSTA_DE_EMENDA_CONSTITUCIONAL_241.pdf>. Acesso em 8 set. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS; UNIÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO – UNDIME; COLEGIADO NACIONAL DE GESTORES MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CONGEMAS. **Nota conjunta da Undime, Congemas e Conasems sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241 de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://undime.org.br/noticia/17-08-2016-16-01-pec-241-2016>>. Acesso em: 8 set. 2016.

CYSNE, R.P. Iluminismo Fiscal. *O Globo*, 16 de agosto de 2016. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniao/iluminismo-fiscal-19928896>>. Acesso em: 8 set. 2016.

FREITAS, P.S.; MENDES, F.S.F. **Comentários sobre a PEC que institui o novo regime fiscal**. *Boletim do Núcleo de Estudos e Pesquisa da Consultoria Legislativa*, n. 49. Consultoria Legislativa do Senado Federal: Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/boletins-legislativos/bol49>>. Acesso em 8 set. 2016.

GADELHA, C.A.G. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. *Cad. Saúde Pública*, vol. 19, n. 3, p.735-743, 2003.

MEDLOVITZ, M. **Análise dos efeitos da PEC nº 241 sobre a Manutenção e Desenvolvimento do Ensino**. Estudo Técnico nº 11/2016. Câmara dos Deputados/ Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira: Brasília, 2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2016/EstudoTcnico11de2016_AnalisedosefeitosdaPEC241sobreaMDE1.pdf>. Acesso em: 8 set. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Financiamento público de saúde**. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Gasto público em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em comparação ao PIB - Período de 2002 - 2015**. Brasília, 2016.

OSTRY, J.D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. **Neoliberalism: oversold?** Finance & Development, v. 53, n. 2, p. 38-41, 2016.

PIERANTONI, C.R. **20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde**. Physis, v. 18, n. 4, p. 617-624, 2008.

PIOLA, S.F.; PAIVA, A.B.; SÁ, E.B.; SERVO, L.M.S. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para Discussão nº 1846. Brasília: Ipea, 2013.

SÁ, E.B.; BARROS, M.E.D.; VIEIRA, F.S.; VIEIRA, R.S.; PIOLA, S.F. Saúde. In: **Boletim de Políticas Sociais**, n. 24. Brasília: Ipea, 2016. No prelo.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economics**. Why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.

VIEIRA, F.S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Nota Técnica Ipea nº 26. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf. Acesso em: 2 set. 2016.

VIEIRA, F.S.; PIOLA, S.F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde**. Texto para Discussão nº 2225. Brasília: Ipea, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.

ANEXO

Gasto público com ações e serviços públicos de saúde (ASPS)¹ em comparação ao PIB² - Período de 2002 - 2015.

Ano	PIB - (Valores em milhões R\$)	População	Federal			Estadual			Municipal			TOTAL		
			Despesa (Valores em mil R\$) (A)	Despesa por habitante (Valores em R\$) (B)	Proporção do PIB (%) (C)	Despesa (Valores em mil R\$) (D)	Despesa por habitante (Valores em R\$) (E)	Proporção do PIB (%) (F)	Despesa (Valores em mil R\$) (G)	Despesa por habitante (Valores em R\$) (H)	Proporção do PIB (%) (I)	Despesa (Valores em mil R\$) (A+D+G)	Despesa por habitante (Valores em R\$) (B+E+H)	Proporção do PIB (%) (C+F+I)
2002	1.488.787	171.527.112	24.736.843	144,22	1,66%	10.757.458	62,72	0,72%	12.029.688	70,13	0,81%	47.523.988	277,06	3,19%
2003	1.717.950	172.693.583	27.181.155	157,40	1,58%	13.317.828	77,12	0,78%	13.765.417	79,71	0,80%	54.264.400	314,22	3,16%
2004	1.957.751	173.803.626	32.703.495	188,16	1,67%	17.272.899	99,38	0,88%	16.409.723	94,42	0,84%	66.386.118	381,96	3,39%
2005	2.170.585	181.610.526	37.145.779	204,54	1,71%	19.664.416	108,28	0,91%	20.287.287	111,71	0,93%	77.097.481	424,52	3,55%
2006	2.409.450	184.197.943	40.750.155	221,23	1,69%	22.978.253	124,75	0,95%	23.568.595	127,95	0,98%	87.297.003	473,93	3,62%
2007	2.720.263	181.111.419	44.303.496	244,62	1,63%	25.969.634	143,39	0,95%	26.426.564	145,91	0,97%	96.699.694	533,92	3,55%
2008	3.109.803	186.212.228	48.670.190	261,37	1,57%	30.976.460	166,35	1,00%	32.471.345	174,38	1,04%	112.117.994	602,10	3,61%
2009	3.333.039	188.622.177	58.270.259	308,93	1,75%	32.258.750	171,02	0,97%	34.542.847	183,13	1,04%	125.071.856	663,08	3,75%
2010	3.885.847	188.560.281	61.965.198	328,62	1,59%	37.264.003	197,62	0,96%	39.290.644	208,37	1,01%	138.519.845	734,62	3,56%
2011	4.373.658	189.290.239	72.332.284	382,12	1,65%	41.487.250	219,17	0,95%	46.005.793	243,04	1,05%	159.825.328	844,34	3,65%
2012	4.805.913	188.791.650	80.063.148	424,08	1,67%	44.819.206	237,40	0,93%	52.040.467	275,65	1,08%	176.922.821	937,13	3,68%
2013	5.316.455	198.275.424	83.053.255	418,88	1,56%	52.436.260	264,46	0,99%	59.927.333	302,24	1,13%	194.989.514	973,33	3,67%
2014	5.687.309	199.962.480	91.898.531	459,58	1,62%	57.333.066	286,72	1,01%	67.377.589	336,95	1,18%	215.160.315	1067,91	3,78%
2015	5.904.331	201.070.488	100.054.862	497,61	1,69%	60.568.631	301,23	1,03%	72.117.755	358,67	1,22%	232.741.248	1157,56	3,94%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para os dados da União (a partir do ano de 2013), Estados, DF e Municípios; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde para os dados da União (de 2002 a 2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para os dados populacionais e valores do Produto Interno Bruto (PIB).

Elaboração: CSIOPS/CGES/DESID/SE/MS. Atualizada em 08/06/2016.

Notas:

1) As despesas com saúde consideradas foram contabilizadas conforme Art. 3º da LC 141/2012. Não entram no cálculo aquelas despesas que não atendem ao princípio da universalidade do SUS, constantes no Art.4º da LC 141/2012, como despesas com inativos e pensionistas, planos de saúde de servidores públicos, clientela fechada etc.

2) A consulta do PIB foi realizada por meio do site <http://www.ibge.gov.br> em Indicadores/Contas Nacionais /PIB-Valores Correntes.